

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CYSTICERQUE SOUS-CONJONCTIVAL

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Juillet 1896, à 3 heures

PAR

Octave HANUS*Né à La Chambre (Savoie), le 4 Février 1873*

EX-PRÉPARATEUR DE CHIMIE

INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président.*
WEISS, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FROELICH, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CYSTICERQUE SOUS-CONJONCTIVAL

THÈSE
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE
Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 22 Juillet 1896, à 3 heures

PAR

Octave HANUS*Né à La Chambre (Savoie), le 4 Février 1873*

EX-PRÉPARATEUR DE CHIMIE

INTERNE A L'ASILE D'ALIÉNÉS DE MARÉVILLE

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *Président.*
WEISS, professeur.
FÉVRIER, agrégé.
FRÖLICH, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.

NANCY

IMPRIMERIE A. NICOLLE, 25, RUE DE LA PÉPINIÈRE

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I O.

Doyen honoraire : M. TOURDES, O *, I O.

Professeurs honoraires : MM. TOURDES O *, I O, COZE *, I O.

HERRGOTT *, I O, HECHT *, I O, BEAUNIS *, I O.

Clinique médicale.....	M. BERNHEIM, *, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. GROSS, *, I O, professeur.
Physique médicale.....	M. CHARPENTIER, I O, professeur.
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, I O, professeur.
Clinique chirurgicale.....	M. HEYDENREICH, I O, professeur.
Pathologie externe.....	M. WEISS, I O, professeur.
Chimie médicale et Toxicologie.....	M. GARNIER, I O, professeur.
Clinique médicale.....	M. SPILLMANN, I O, professeur.
Clinique obstétricale et Accouchements...	M. A. HERRGOTT, I O, professeur.
Médecine légale.....	M. E. DEMANGE, I O, professeur.
Hygiène.....	M. MACÉ, I O, professeur.
Thérapeutique et Matière médicale.....	M. SCHMITT I O, professeur.
Anatomie pathologique.....	M. BARABAN, I O, professeur.
Anatomie descriptive.....	M. NICOLAS, I O, professeur.
Physiologie.....	M. MEYER, A O, professeur.
Pathologie générale et Pathologie interne.	M. SIMON, I O, professeur.
Histologie.....	M. PRENANT, A O, professeur.
Histoire naturelle médicale.....	M. VUILLEMIN, A O, professeur.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des yeux.....	M. ROHMER, I O, agrégé libre, ch. du c.
Clinique des maladies des vieillards.....	M. P. PARISOT, A O, agr. libre, ch. du c.
Clinique des maladies des enfants.....	M. HAUSHALTER, A O, agrégé, ch. du c.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.....	M. FÉVRIER, A O, agrégé, ch. du cours.
Accouchements.....	M. SCHUHL, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies mentales.....	M. N.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉREN, A O.	MM. ZILGIEN.	MM. SCHUHL.
HAUSHALTER, A O.	GUILLOZ.	JACQUES.
FÉVRIER, A O.	FROELICH.	LAMBERT.
ÉTIENNE.		

AGRÉGÉS LIBRES : M. SCHLAGDENHAUFFEN, *, I O, ROHMER, I O, VAUTRIN, A O, REMY, A O, P. PARISOT, A O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS *, A O, Secrétaire.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

Nancy. — Imp. A. Nicolle, 25, rue de la Pépinière.

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE BIEN AIMÉS

A MES ONCLES ET TANTES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEYDENREICH

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROHMER

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans son service un cas de cysticerque sous-conjonctival, M. le Docteur Rhomer nous proposa de faire de cette observation le point de départ de notre thèse inaugurale.

Depuis longtemps déjà, aucun travail d'ensemble n'avait été publié sur ce sujet ; aussi nous nous laissâmes tenter à l'idée de présenter un cas inédit d'une affection rare, et de le rapprocher du plus grand nombre d'observations analogues, pour en tirer quelques conclusions intéressantes.

Nous aurions voulu réunir dans notre travail la plus grande partie des observations de cysticerques sous-conjonctivaux connus ; malheureusement la plupart d'entre elles, venant de l'étranger, n'ont pas été reproduites dans les journaux français qui en font à peine mention. Quant à nous procurer les mémoires originaux, c'eût été possible, mais fort difficile et nous eût demandé un temps considérable. A part quelques observations

françaises, nous avons dû nous contenter de quelques cas que nous avons trouvés relatés dans des journaux allemands dont nous disposions. Un de ces cas en particulier est fort intéressant ; la relation en est suivie d'une étude histologique de la coque fibreuse du cysticerque.

Comme on le verra en parcourant ce travail, nous nous sommes spécialement et exclusivement occupé de l'étude du cysticerque sous-conjonctival. Nous avons laissé de côté les cysticerques de l'orbite, qui généralement n'ont aucune adhérence avec le globe oculaire, pour ne parler que des tumeurs faisant corps avec l'œil et se déplaçant avec lui.

Notre plan est des plus simples :

Nous commençons par donner en quelques lignes l'historique de la question. Le peu de temps qui nous sépare de la découverte de l'affection fait que ce chapitre est fort court.

Le chapitre premier est consacré à l'*Étiologie*, le chapitre II à la *Pathogénie*, le chapitre III à l'*Anatomie pathologique*, le chapitre IV à la *Symptomatologie*, et le chapitre V au *Diagnostic*. Nous donnons ensuite nos observations et nos conclusions.

En terminant nos études, nous tenons à remercier M. le Professeur Heydenreich, d'abord pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse, et ensuite pour les leçons si pleines de bons enseignements qu'il n'a

cessé de nous prodiguer pendant que nous fréquentions son service.

Que MM. les Professeurs Bernheim, Herrgott et Weiss veuillent bien aussi agréer l'expression de notre sincère reconnaissance, c'est à eux que nous devons les quelques connaissances de médecine et d'obstétrique et de pathologie externe que nous possédons.

Quant à M. le Docteur Rohmer, de qui nous tenons le sujet de notre thèse, nous regrettons qu'il ne puisse faire partie de notre Jury ; nous le remercions de ses bons conseils, de sa cordialité et de l'empressement avec lequel il a mis à notre disposition sa bibliothèque. Nous espérons que bientôt il pourra présider les thèses qu'il aura inspirées.

Avant de finir qu'il nous soit permis d'exprimer toute notre sympathie à MM. les Docteurs Vernet et Paris.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555810_0046

HISTORIQUE

C'est chez le porc que pour la première fois on découvrit le cysticerque sous-conjonctival. En 1844 on n'en connaissait encore que les observations de Nordmann, Gescheidt et Printz.

Cette nouvelle localisation de l'entozoaire une fois connue, de nombreux cas en furent publiés. Le porc n'est pas le seul animal chez qui le cysticerque sous-conjonctival fut trouvé. Cunier en 1840, rapportait un cas de cysticerque sous-conjonctival du chien : « J'ai enlevé, dit-il, une tumeur renfermant un cysticerque celluleux, qui s'était développé sous la conjonctive, dans l'angle externe de l'œil d'une chienne de chasse que j'avais élevée. Aucune cause traumatique n'avait à ma connaissance agi sur l'œil ; seulement, j'avais introduit entre les paupières, cinq mois auparavant, du pus d'une ophtalmie purulente dont était affecté un militaire, et une blennorrhée oculaire en avait été la suite. L'instillation d'une solution de nitrate d'argent l'avait réprimée en deux jours. »

Ce fut en 1786, que Verner découvrit le premier cysticerque de l'homme, en autopsiant un soldat mort par submersion. Dès lors, on nota fréquemment la présence du parasite dans les organes les plus divers.

En 1803 seulement, Portal publiait le premier cas de cysticerque oculaire, et 35 ans plus tard Baum le premier cas de cysticerque sous-conjonctival. La même année (1838), Estlin et Hœring en observaient chacun un cas.

J. Sichel s'occupa beaucoup de la question, et en fit une étude très sérieuse. En 1843, dans la *Revue de Chirurgie* de Malgaigne, il fit paraître une série d'articles intitulés « *Mémoires pratiques sur le Cysticerque* », où il relate tous les cas connus d'entozoaires sous-conjonctivaux, y ajoutant trois cas nouveaux personnels. De 1844 à 1852, la fortune le favorisant, il eut l'occasion d'en observer deux autres cas, ce qui éleva le nombre de ses observations personnelles à cinq.

Canton, en 1848, fit connaître une observation nouvelle de parasite sous-conjonctival.

Celui qui s'occupa le plus de la question des cysticerques oculaires après Sichel fut A. v. de Graefe. En 1866, cet auteur publiait une statistique de 80 cas de cysticerques oculaires qu'il avait eu l'occasion d'observer à sa clinique. Il avait examiné 80.000 malades, et avait trouvé cinq fois seulement le cysticerque sous-conjonctival.

Vernon en 1867, de Wordworth en 1872,

Sichel en 1873, publièrent chacun une observation d'entozoaire sous-conjonctival. En 1873 aussi, Poncet (du Val-de-Grâce) faisait paraître une statistique de tous les cas de cysticerques oculaires, sans tenir compte cependant de ceux appartenant à de Graefe. Sur 54 observations, il note treize fois le cysticerque sous-conjonctival. La même année encore, v. Hasner en observa un cas à sa clinique. En 1874, Lainati fit paraître, dans les journaux italiens, la relation d'un nouveau cas d'entozoaire sous-conjonctival.

En 1883, dans une publication du Docteur Lehender, on trouve relatés trois cas de parasites sous-conjonctivaux provenant de la clinique du Docteur Jany. A la suite d'une de ces trois observations, l'auteur fait une étude remarquable de la structure microscopique du kyste à cysticerque. Manfredi en 1884, Stattler en 1890, Blessig la même année, contribuèrent, chacun pour un cas, à augmenter le nombre des observations de cysticerques sous-conjonctivaux.

Au mois de juin 1896, M. le Docteur Rohmer opérait à Nancy un kyste parasitaire sous-conjonctival, c'est ce cas encore inédit qui constitue le point de départ de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

É T I O L O G I E

Le cysticerque sous-conjonctival n'a évidemment pas une étiologie autre que les cysticerques qui habitent parfois les diverses régions du globe oculaire, ni même que ceux des autres parties de l'organisme.

Sa présence dans l'organe de la vision ou ses annexes ne constitue en somme qu'une ladrerie oculaire, reconnaissant les mêmes causes, évoluant de la même façon que la ladrerie généralisée, et n'en différant que par la production de désordres particuliers, en rapport avec la fonction de l'organe envahi.

C'est en expérimentant sur le porc, que Van Beneden démontra, en 1853, que cette maladie est due à l'ingestion d'œufs de *tænia armé*. Ses résultats furent confirmés dans la suite par Haubner, Küchenmeister, Leuckart, Mossler et Gerbach.

Etant donné ce fait, et connaissant les habitudes

infectes de coprophagie du cochon, on comprend facilement comment cet animal s'infeste.

Il n'est pas plus difficile de se rendre compte du mode de contamination de l'homme. L'ingestion d'une eau contenant en suspension des œufs de *tænia*, de végétaux ayant été en contact avec des matières excrémentitielles, provenant d'individus porteurs du parasite, voilà des faits qui sont loin d'être rares, et qui produisent la ladrerie au même titre que la coprophagie du porc ; il n'y a là en réalité qu'une coprophagie involontaire. On devine à priori, que les habitudes de malpropreté sont pour beaucoup dans la transmission de la maladie. Stich a reconnu que la ladrerie était plus fréquente dans la classe pauvre que dans la classe riche, et que chez les gens, d'ordinaire propres, qui par hasard sont atteints de ladrerie, on trouve un nombre fort restreint de cysticerques, tandis que chez les individus, vivant dans l'ignorance complète des soins de propreté, leur nombre est souvent considérable. Nous ne citerons comme exemple que cette chiffonnière de Lancereaux, à l'autopsie de laquelle il fut trouvé plus de mille cysticerques.

Nous ne nous étendrons pas longuement sur certaines considérations touchant la présence du cysticerque dans les différents pays. La ladrerie oculaire, est sans aucun doute, plus commune dans le pays où le *tænia* est fréquent. C'est précisément de l'Allemagne, où il est loin d'être rare, que nous

viennent la plupart des observations de cysticerques oculaires. L'Allemagne du Nord surtout fournit un grand nombre de cas de parasites. Berlin, la Saxe et la Thuringe jouissaient autrefois du triste privilège de fournir la presque totalité des observations d'entozoaires de l'œil, tandis que dans le Wurtemberg, en l'espace de vingt ans, on ne constata que six cas de cysticerques oculaires, sur deux cent mille malades examinés. Du jour où à Berlin un service d'inspection des viandes fonctionna régulièrement dans les abattoirs, on vit le nombre d'entozoaires de l'œil baisser dans des proportions considérables. C'est ainsi que la proportion de cysticerques oculaires, qui était de 1 pour 400 en 1877, 1 pour 450 en 1879, tomba de 1883 à 1885 à une moyenne de 1 pour 800. De 1886 à 1889, sur trente mille malades, un seul cysticerque fut observé.

Si l'Allemagne nous offre une proportion très considérable de laderies oculaires, les autres pays n'en sont pas indemnes ; la France, l'Angleterre, l'Espagne, l'Italie nous en apportent de temps à autre quelques observations. En 1844, Sichel en fit le recensement des cysticerques sous-conjonctivaux connus, il en trouva 7, dont 2 appartenaient à l'Allemagne, 2 à l'Angleterre et 3 à la France.

Pour étudier la fréquence relative des diverses localisations du cysticerque oculaire, il suffit de jeter un coup d'œil sur la statistique de de Græfe,

dont nous avons déjà fait mention dans l'historique. Sur 80.000 malades examinés, il avait constaté 80 fois la présence du cysticerque dans l'œil ou ses annexes. Ces parasites étaient répartis de la façon suivante dans les diverses régions du globe oculaire :

Chambre antérieure.	3 fois
Conjonctive	5 »
Orbite	1 »
Cristallin	1 »
Corps vitré.	70 »
Total.	80

La statistique, que Poncet publiait en 1873, sans tenir compte des cas de Græfe, est loin de manquer d'intérêt :

Paupières et sourcils	3 fois
Tissu cellulaire orbitaire	10. »
Chambre antérieure.	9 »
Conjonctive.	13 »
Corps vitré	19 »
Total.	54

En résumé, d'après la statistique de de Graefe, sur mille maladies d'yeux, une serait due à un kyste ladrique, et, une fois sur seize, ce cysticerque serait localisé sous la conjonctive. D'après celle de Poncet, la fréquence du cysticerque sous-conjonctival serait beaucoup plus considérable, relativement à celles des autres cysticerques oculaires : elle serait de 1 pour 5 environ.

En Allemagne, le cysticerque sous-conjonctival serait donc d'une fréquence relative moins considérable que dans les autres pays.

Quel est l'âge qui prédispose le plus à la ladre-rie sous conjonctivale? Dans les quelques observations que nous rapportons, voici ce que nous constatons : dans celle d'Estlin, la malade avait 6 ans, dans celle de Sichel 14 ans, des trois malades du docteur Jany, l'un avait 3 ans, l'autre 4 ans 1/2 et le troisième 3 ans ; dans l'observation de de Graëfe le malade avait 10 ans, celui de Sgrosso, 40 ans, celui de Meyer était jeune, et celui de notre observation avait 9 ans. Il semble donc que les enfants et les jeunes gens sont plus fréquemment infestés que les adultes, qui n'en sont cependant pas exempts.

Le sexe ni la profession ne paraissent avoir d'influence sur la production de la maladie.

CHAPITRE II

P A T H O G É N I E

Les deux principaux modes d'infestation de l'homme par le cysticerque sont connus ; ils restent les mêmes, qu'il s'agisse du cysticerque oculaire ou de cysticerques de toute autre région.

Nous n'insisterons pas sur l'infestation par ingestion, c'est le mode le plus connu et le plus fréquent. Mais l'ingestion d'œufs de *tænia* n'est pas la seule cause de production des tumeurs ladriques. Un malade est porteur de *tœnia* armé ; tant à cause des mouvements de reptation dont ce *tænia* est capable que par suite des contractions antipéristaltiques de l'intestin, un ou plusieurs anneaux peuvent passer dans l'estomac. Le suc gastrique agit sur la substance des anneaux, met les œufs en liberté, et voilà les embryons hexacanthés prêts à traverser le tube digestif pour aller se loger dans les divers organes. Mais pour que ce mode d'infestation soit réalisé, il faut d'abord

que le ladrique soit porteur de *tænia*. Cette coexistence du *tænia* et du cysticerque n'est pas excessivement rare. En 1875, Lœvin en réunissait 21 cas, Muller, Pertot, Heller, de Wecker, Boyron, Ferréol, Rathery, Rampoldi, Troisier, par leurs observations personnelles, en élevèrent le total à 31.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un cysticerque isolé, situé dans un organe superficiel, et à la périphérie même de cet organe, on se demande si l'ingestion et l'auto-infestation sont les seuls modes de propagation de la maladie ladrique, et si l'inoculation de substances contenant des œufs de *tænia* ne pourrait donner lieu au développement de cysticerques.

L'œuf du *tænia* est entouré, comme on le sait, d'une coque striée, très résistante, qui permet à l'embryon de résister, jusqu'au moment où des conditions indispensables à son évolution se trouvent réunies. Il est nécessaire pour cela, qu'il soit introduit dans un milieu où sa coque puisse être détruite, et que une fois mis en liberté, l'embryon trouve un terrain favorable. Ces conditions, il les trouve toutes dans l'estomac. Mais l'organisme ne possède-t-il que la sécrétion gastrique, capable de dissoudre l'enveloppe de l'œuf du *tænia* ? La sécrétion lacrymale ne pourrait-elle pas, dans certaines circonstances, et à la suite d'un séjour prolongé dans un cul-de-sac conjonctival, détruire la coque de l'œuf, et mettre l'embryon en

état de traverser la muqueuse et de se développer dans les tissus environnants ? Les larmes n'ont, au point de vue chimique et physiologique, aucune ressemblance avec le suc gastrique, mais ne peuvent-elles pas acquérir, sous une influence que nous ne pouvons préciser, telle que le traumatisme ou l'inflammation, des propriétés spéciales ?

Ordinairement neutres, on les a trouvées parfois acides, parfois alcalines. Une coque de 5 μ d'épaisseur, macérant pendant un temps indéterminé dans un cul-de-sac conjonctival, au milieu d'un liquide à réaction variable, ne pourrait-elle pas être détruite ? Ou bien cette même coque ne pourrait-elle, sous l'influence de causes purement mécaniques, être broyée, ou fortement endommagée ? L'embryon hexacanthé, ainsi dépouillé de son enveloppe, pourrait être transporté sur la conjonctive, à la suite d'un traumatisme ou avec les poussières de l'atmosphère, et se comporter comme il le ferait dans l'estomac, c'est-à-dire se livrer à ses pérégrinations habituelles, et élire domicile dans le tissu conjonctif sous-jacent. Sa tâche sera encore de beaucoup facilitée, s'il trouve une érosion à la surface de la muqueuse où il a été déposé. Il est, assez bizarre qu'un seul œuf de *tænia*, introduit dans l'économie par la voie stomacale, donne naissance à un cysticerque venant se localiser dans l'œil, tandis que, souvent chez un animal farci de parasites, les yeux sont indemnes. Pour qu'ainsi le cysticerque unique

vienne se loger dans l'œil, de préférence à tout autre organe, il faudrait au moins que la voie soit facile. Examinons quelle peut être cette voie.

Une fois débarrassé de sa coque, l'embryon traverse la muqueuse intestinale et tombe dans les vaisseaux portes qui l'emmènent vers le foie. Il traverse le réseau capillaire de cet organe, et en sort par la veine sus-hépatique, qui le conduit dans la veine cave inférieure. Il arrive ainsi au cœur droit; lancée à travers un nouveau réseau capillaire, celui du poumon, il revient au cœur gauche par l'artère pulmonaire. Grâce à la contraction ventriculaire, il pénètre dans l'aorte, s'engage dans la carotide primitive, puis dans la carotide interne, et finalement s'arrête dans l'artère ophtalmique. Le trajet, déjà long et compliqué, est ainsi rendu encore plus difficile par la traversée des réseaux capillaires du foie et du poumon.

En outre, l'embryon hexacanth joue ici le rôle d'une embolie; or, on sait qu'une embolie partie du cœur gauche s'engage rarement dans le tronc brachio-céphalique, qui s'ouvre obliquement dans l'aorte, mais pénètre de préférence dans la carotide primitive du côté gauche, qui prolonge, presque directement vers en haut, la branche ascendante de la crosse de l'aorte. Le cysticerque devrait donc avoir une tendance à se localiser plutôt du côté gauche que du côté droit. Nous avons compulsé, à ce sujet, le plus grand nom-

bre d'observations qu'il nous a été possible, et nous avons constaté que non-seulement l'œil gauche n'a pas le monopole du kyste à cysticerque, mais qu'il paraît le moins souvent atteint.

Comme cause secondaire, occasionnelle de la localisation du cysticerque dans l'œil, on a donné le traumatisme. Il est à remarquer, en effet, que dans beaucoup d'observations on relève un traumatisme antérieur. Voici, comme exemples, des cas où le traumatisme a pu être incriminé :

« Un ophtalmologiste, d'un savoir et d'une expérience étendus, en examinant attentivement, presque au moment d'une lésion traumatique fort douloureuse, la conjonctive d'un œil sain jusqu'alors, y trouve sur la jonction de la sclérotique et de la cornée, un bourrelet de conjonctive chémosée, d'environ un millimètre de diamètre, et quelques minutes après, un fragment de la patte d'un sphynx populi, que l'ophtalmostat, appliqué pour rendre possible l'examen de l'œil, avait sans doute détaché de ce bourrelet et chassé dans le pli palpebro-oculaire. Le papillon lui-même est retrouvé, il lui manque une aile et deux pattes. L'ophtalmie traumatique se dissipe au bout de quelques jours, par l'emploi de fomentations glacées, etc. L'ecchymose qui entourait le bourrelet s'efface. Au sommet de ce bourrelet existe une légère ulcération, sans doute une érosion produite par le corps étranger. Elle est cautérisée avec un pinceau chargé de nitrate d'argent et guérit; mais

le bourrelet persiste, tout en s'aplatissant et en ne gênant en aucune façon. Cinq à six mois après l'introduction du corps étranger, le malade ayant contracté à Naples une conjonctivite catarrhale qui s'est dissipée au bout de 8 jours, la tumeur de la conjonctive avait tout-à-coup augmenté de volume et pris l'aspect d'une vésicule. Ponctionnée avec une aiguille à cataracte et cautérisée, elle s'aplatit de nouveau et reste entourée d'une vasculature de la conjonctive. Trois mois plus tard, elle prend tout-à-coup un accroissement considérable, sans cesser d'occuper toujours le même endroit sur la jonction des deux membranes oculaires, auquel avait été primitivement limitée l'action du corps étranger. En trente jours, cette vésicule était devenue grosse comme un pois, elle avait empiété sur la cornée et gênait la vision. »

Ce passage est tiré d'une observation de Cunier. Nous citerons encore ces quelques lignes provenant d'un cas publié par Sichel : « Aucune cause mécanique n'avait agi sur l'œil, mais cet organe avait été, trois mois auparavant, le siège d'une ophtalmie blennorrhagique, pendant laquelle une ulcération de la cornée s'était formée. L'autre œil avait été malade à un degré beaucoup moindre et sans ulcération ».

De ce passage, on peut rapprocher l'observation rapportée par Cunier, à propos d'un chien de chasse, auquel il avait inoculé une ophtalmie purulente, et qui présenta cinq mois après un cysticerque sous-conjonctival.

Le traumatisme détermine évidemment dans la région lésée une congestion plus ou moins intense, et parfois même une inflammation. Les vaisseaux se dilatent et la circulation se ralentit. L'embryon hexacanthé profite de cet instant pour s'accrocher aux parois du vaisseau et le traverser. C'est là la théorie généralement admise. Quand on réfléchit que l'embryon, en traversant les réseaux capillaires du foie et du poumon, trouve, tout au début de son trajet, des points où la circulation est ralentie, et où en somme le terrain n'est pas défavorable, puisqu'on connaît des cas assez nombreux de cysticerque du foie et surtout du poumon, on se demande comment il se fait que, attendant le moment favorable pour se fixer, il ne profite pas de ce passage à travers des réseaux capillaires, d'autant plus que le poumon et le foie sont, de tous les organes, les plus sujets aux congestions et aux inflammations. On comprend facilement que les cysticerques de l'œil doivent être rares. Mais un fait difficile à saisir, c'est l'absence de cysticerques oculaires à la suite d'une ingestion d'œufs de *tænia* en quantité considérable, tandis que le cerveau en est littéralement farci. C'est ainsi qu'un vieillard, dont Bonhomme fit l'autopsie, présenta environ 2.000 cysticerques, dont 111 du cerveau et pas un de l'œil. Le sujet de Baishocchi, chez qui on compta 141 cysticerques, dont 9 du cerveau, n'en avait pas un localisé dans la région oculaire. Müller rapporte 36 cas de ladrerie, 21 fois il trouva le

cysticerque dans le cerveau, et dans aucun cas l'œil n'était infesté.

Nous sommes cependant loin de rejeter la théorie de l'ingestion et de la propagation par le courant sanguin. Elle est basée sur les résultats d'une série d'expériences dont les principales et les plus intéressantes ont été faites par M. le Professeur Frenck de Brunswick ; nous résumerons ces expériences en quelques lignes.

Ayant délayé dans de l'eau tiède un paquet d'acéphalocystes retirés du poumon d'un homme, il injecta ce liquide dans la veine crurale d'un chat qu'il sacrifia 16 semaines plus tard. Le chat avait perdu son appétit et sa gaieté et avait présenté quelques symptômes cholériformes ; à l'autopsie on trouva, sur la moelle allongée et l'hémisphère gauche du cervelet, une tumeur formée de vésicules remplies de liquide et renfermant des échinocoques.

Dans un deuxième cas, on fit une injection d'un chapelet de vésicules, grosses comme un grain de sable, dans la veine crurale d'un jeune chevreau. La plaie se cicatrisa sans accidents. Six semaines après, on sacrifia l'animal et on trouva une tumeur hydatique dans l'aîne droite, contenant des cysticerques qu'on employa à d'autres inoculations.

Le même expérimentateur chercha à déterminer l'effet du traumatisme sur la localisation du cysticerque. Il pratiqua des injections d'échinocoques dans la veine crurale de deux jeunes chiens, de

deux vieux chats et d'un cochon d'Inde. Huit jours après, on fit à ces animaux diverses blessures : incision à la langue d'un chien, incision aux muscles abdominaux de l'autre, contusion sur le foie d'un chat, pincement du globe oculaire gauche sur l'autre. Au cochon d'Inde, on pratiqua une compression de la peau de la cuisse jusqu'à production d'une ecchymose. Trois semaines après, ces animaux furent examinés. Le cochon d'Inde présentait cinq acéphalocystes dans le tissu cellulaire, au-dessous du pli qui avait été pincé ; le foie du chat contusionné présentait une poche remplie d'acéphalocyste. L'expérience fut nulle pour les autres animaux : ni l'œil ni la langue ne furent infestés.

Les premières expériences prouvent, d'une façon évidente, que l'envahissement de l'organisme par le cysticerque ladrique dans les cas d'injection de matières parasitaires dans les veines, ou, ce qui revient au même, dans les cas d'ingestion stomacale des mêmes produits, se fait par le torrent circulatoire. Les dernières démontrent le rôle du traumatisme dans la localisation de l'entozoaire, mais elles n'ont pas été concluantes pour la localisation du cysticerque dans la région oculaire. C'est ce qui nous a fait penser à l'invasion du parasite par pénétration directe à travers la conjonctive où elle aurait été déposée. Nous tenons à répéter, avant de terminer ce chapitre, que nous ne voyons là qu'une simple hypothèse, que nous n'avons ni le temps ni les moyens de vérifier.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le volume de la tumeur sous-conjonctivale à cysticerque varie, de celui d'un pois à celui d'une noisette. Dans un certain nombre de cas, le développement de la tumeur atteint son maximum à la suite d'une inflammation de la conjonctive. C'est ainsi que dans l'observation de Cunier, déjà si pleine d'enseignements au point de vue du traumatisme considéré comme cause de localisation du cysticerque, on trouve une conjonctivite catarrhale, ayant donné lieu, dans les jours qui la suivirent, à un énorme développement de la tumeur qu'on était arrivé à faire disparaître presque complètement, à la suite de cautérisations au nitrate d'argent. •

Dans une observation de Sichel, la tumeur ne devint visible qu'à la suite de l'application d'un cataplasme émollient dirigé contre une conjonctivite durant depuis 7 mois.

Dans celle rapportée par Meyer, il n'existait d'abord aucune rougeur conjonctivale, ni aucune tumeur. On fit des applications chaudes prolongées pendant plusieurs heures, ce qui détermina une injection de la conjonctive et l'apparition d'une tumeur de coloration jaunâtre.

Il semble donc que les irritations venues de l'extérieur ont pour résultat de réveiller en quelque sorte le parasite, et d'accélérer son développement. Peut-être pourrait-on interpréter cette augmentation brusque la tumeur, par la production de liquide entre la vésicule du cysticerque et la paroi kystique qui existe généralement autour d'elle.

Forme. — La forme de la tumeur est le plus ordinairement hémisphérique ; elle peut être plus ou moins allongée dans un sens ou dans l'autre, selon la situation du cysticerque et sa forme plus ou moins ovalaire. L'épaisseur variable du kyste, selon les endroits, peut aussi modifier la forme générale de la tumeur.

Siège. — Le siège du cysticerque sous-conjonctival, d'après Sichel, était sur huit cas par lui rapportés : 5 fois dans l'angle ou vers l'angle interne de l'œil, 1 fois vers l'angle externe, 1 fois entre cet angle et le bord externe de la cornée. Cinq fois elle suivait le diamètre transversal de l'œil, 1 fois elle était placée plus bas, et pendant la direction de l'œil en avant, elle était presque entièrement cachée par la paupière inférieure ;

deux fois au contraire elle était située un peu au-dessus, et en petite partie recouverte, quand l'œil était dirigé droit en avant, par la paupière supérieure. Dans un des cas où elle occupait l'angle interne, elle était située entre les expansions tendineuses des muscles droits internes et supérieurs, au-dessus de la caroncule lacrymale et ne pouvant être vue que lorsque l'œil était porté obliquement en dehors et en bas; pour le ponctionner il fallait une pression considérable avec un des doigts de la main gauche, afin de le retenir dans une position où elle fut complètement visible.

Dans l'observation du Dr Sichel, rapportée par Brière, la tumeur était située dans l'angle interne de l'œil, un peu au-dessus de la caroncule lacrymale, en grande partie cachée par la paupière supérieure. La tumeur s'étendait depuis la caroncule lacrymale qui était normale jusqu'à trois millimètres de la cornée et du cul-de-sac supérieur.

La tumeur observée par Sgrosso était placée dans l'angle externe de l'œil gauche, même, la paupière étant fermée, elle provoquait un déplacement en dehors du ligament palpébral externe.

Dans le cas de Meyer, la tumeur était située au-dessous de la cornée, et ne dépassait pas comme grosseur celle d'un petit pois.

Dans la première observation du Docteur Jany, la tumeur occupait le cul-de-sac conjonctival inférieur; on l'apercevait en réclinant la paupière.

Dans la seconde observation du même auteur, la tumeur occupait une situation à peu près analogue à la précédente. Dans le troisième cas, la vésicule était placée vers l'angle interne de l'œil droit.

En parcourant l'observation de M. le Docteur Rohmer, on trouve que la tumeur était située en haut vers le cul-de-sac conjonctival supérieur, et devenait apparente lorsque l'enfant portait le regard en bas.

Il résulte de l'examen de ces différents cas, que l'angle interne de l'œil est le siège de prédilection du cysticerque sous-conjonctival. Les culs-de-sac conjonctivaux sont envahis moins fréquemment, cependant parmi les quelques observations que nous avons pu recueillir, nous relevons quatre cas à peu près identiques à ce point de vue.

Les cysticerques sous-conjonctivaux ont ceci de particulier, c'est qu'ils font partie du globe oculaire, où ils sont adhérents à la sclérotique par un tissu fibreux. Les cysticerques de l'orbite au contraire adhèrent généralement au périoste du squelette. Les premiers peuvent être complètement immobilisables sur l'œil, ou bien ne peuvent subir que de légers mouvements, les liens fibreux qui les rattachent au globe oculaire étant plus ou moins lâches, ou les tumeurs n'y attachant que par un point très limité.

On n'a jamais rencontré qu'un seul cysticerque sous-conjonctival chez le même sujet ; il n'y a même dans la littérature médicale, aucune obser-

vation de bi-latéralité de l'affection, quelle qu'en soit la localisation. Il n'existe que l'observation d'Otto-Becker où il soit parlé de cysticerques multiples du même œil.

Capsules. — Le cysticerque sous-conjonctival a été trouvé généralement entouré d'une coque d'aspect fibreux. Son épaisseur est variable selon les cas, et surtout selon la situation du parasite. Elle peut être uniforme et ne pas offrir de différences notables dans ses différentes parties. Ce fait semble prouver que le cysticerque s'est fixé au milieu du tissu conjonctif sous-conjonctival, ayant en avant et en arrière de lui une couche cellulaire sensiblement égale. Si, au contraire, il s'est développé à la superficie, ou dans la profondeur du tissu cellulaire, on trouvera fort probablement l'enveloppe kystique beaucoup plus considérable en avant qu'en arrière, ou inversement. C'est ainsi, lorsque l'enveloppe a une épaisseur très faible en avant, qu'elle peut passer inaperçue, comme dans les premiers cas observés (Estlin et Baum), où les auteurs ne s'attendant pas à trouver une poche fibreuse, négligèrent de pousser de ce côté leurs investigations.

Dans un certain nombre d'observations et en particulier dans celle de Sgrosso, on observe la production de pus dans la cavité kystique. Il s'agit sans doute d'un entozoaires morts, puisqu'on trouve ordinairement au milieu du pus les crochets du parasite.

Les caractères histologiques ont été donnés en 1883 par Makrocki. Il examina l'enveloppe fibreuse d'un cysticerque, observé par le Docteur Jany, sur des coupes faites dans l'épaisseur de la paroi kystique et sur des dissociations. La paroi de la coque avait une épaisseur de 1 m/m à 1 m/m 2. Elle se composait de deux couches dont une est propre au cysticerque, et l'autre formée par le tissu sous-conjonctival. La première couche qui constitue la paroi interne du kyste, se compose en grande partie de tissu embryonnaire. La couche externe est formée d'une trame lâche, avec cellules allongées ; le passage de la couche interne à la couche externe est très net. A la limite des deux couches, on aperçoit de nombreuses coupes de vaisseaux. L'examen des préparations fait penser que la tumeur est entourée d'un réseau vasculaire très épais.

A l'aide de dissociations de la couche superficielle de la paroi interne du sac, on constate l'existence de capillaires, en communication probable avec le réseau intermédiaire. C'est par ce système vasculaire, que se nourrit probablement, non seulement la paroi du kyste, mais aussi le parasite. Autour des vaisseaux, on voit une zone épaisse, formée de noyaux petits, ronds, qui diminuent en allant vers la paroi interne du kyste, et se modifient, quant à la structure et à la taille. Ces noyaux appartiennent à des cellules de formes différentes, tantôt elles sont plates, d'autrefois en forme de

massue, de verre à boire, de cloches ; tantôt elles sont comparables à des cellules fusiformes ou à de grosses cellules rondes. Avec des préparations obtenues par dissociation on pourrait se procurer un tableau significatif de la genèse de ces cellules. On pourrait voir de longues cellules fusiformes, rattachées à une grosse cellule ronde et plate, par un prolongement de longueur et de grosseur variable ; cette grosse cellule plate enverrait elle-même un ou plusieurs prolongements. Deux cellules plates et rondes seraient en relation par un prolongement et le couple ne dépasserait pas la grosseur d'une cellule ronde ordinaire. A côté de ces cellules accouplées, seraient des cellules libres, de structure variable ayant un ou plusieurs prolongements, et en outre d'autres cellules moins nombreuses, et sans prolongements. Toutes ces cellules auraient un ou deux gros noyaux granuleux, et le plus souvent accompagnés de nucléoles apparents, au milieu d'un protoplasme à gros grains réfringents.

Malgré l'examen d'un grand nombre de préparations, Mackrocki ne peut trouver une seule des cellules géantes que Fuchs avait décrites. Sur des coupes dissociées et placées dans la glycérine étendue pendant 24 heures, au milieu du tissu conjonctif dense, on trouve des filaments minces, ténus, entrecroisés sans ordre, et donnant naissance parfois à deux ou trois autres prolongements semblables. L'auteur considère ces figures comme

représentant le passage des cellules rondes simples au tissu conjonctif normal, ainsi que Conheim le décrit. Fuchs, au contraire, considère ces filaments, entourant les cellules rondes, comme des coagulations de fibrine provenant du liquide kystique, et qui se seraient déposées sur la face interne de l'enveloppe ; les filaments auraient entraîné avec eux les cellules rondes en suspension dans le liquide.

Ces quelques recherches histologiques sur la constitution de la capsule fibreuse qui entoure le cysticerque sous-conjonctival, démontrent nettement que cette coque est formée par prolifération du tissu conjonctif au milieu duquel il s'est fixé. Sgrosso, en 1893, démontra expérimentalement ce fait. Il introduisit au milieu du tissu conjonctif rétro-oculaire, d'un lapin, un morceau de sureau parfaitement aseptique ; quelques temps après, l'animal ayant été sacrifié, on trouva autour de ce corps étranger une coque semblable macroscopiquement et microscopiquement, à celle développée autour d'un parasite. Ce n'est donc point le cysticerque qui fabrique, comme on l'a cru un certain temps, son enveloppe fibreuse, mais c'est sa présence qui, comparable à celle d'un corps étranger, en provoque la production aux dépens du tissu conjonctif ambiant. Une autre preuve que le tissu conjonctif est nécessaire au développement de la coque, c'est son absence dans les cas où l'entozoaire

évolue dans le tissu cornéen, ou bien encore dans les milieux de l'œil.

Après avoir examiné l'enveloppe kystique du cysticerque, étudions son contenu, c'est-à-dire le cysticerque lui-même. Arrivé au terme de son développement, il a la forme d'une vésicule ovoïde, dont la forme rappelle assez celle d'un haricot, le hile représentant l'orifice d'invagination de la tête et du cou. La vésicule est remplie d'un liquide probablement emprunté à l'organisme qui la porte. Mourson et Schlagdenhauffen ont analysé ce liquide et y ont trouvé une proportion considérable d'albumine et de leucomaïne. Ayant cherché quel était le coefficient de toxicité de ce liquide, ils lui trouvèrent des propriétés vénéneuses très accusées ; une injection de ce liquide sous la peau d'un animal produisit des phénomènes comparables à ceux que l'on observe à la suite de la piqure de certains animaux ; introduit dans la cavité péritonéale du lapin, la mort arriva très rapidement avec tous les symptômes d'une péritonite suraigüe.

Combien de temps le cysticerque peut-il vivre sous la conjonctive ? On n'a fait aucune recherche à ce sujet. Cependant Saint-Cyr a cherché à se rendre compte de la durée d'une vie de cysticerque. Expérimentant sur le cysticerque du *tænia mediocanellata*, il le trouva calcifié 224 jours après l'infestation ; dans un autre cas le même auteur le trouva vivant après 50 jours ; Masse et Pourquoier

après 61 jours, Cobbold et Simonds après 72 jours, Feroncitto après 122 et 136 jours. Plongé dans une eau maintenue entre 37° et 40°, il ne tarde pas à évaginer la tête, phénomène qui se produit dans l'estomac après l'ingestion. Il meurt quand il est exposé à 44° pendant 5 minutes.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Il est assez difficile de donner des détails sur le début de l'affection. Généralement, en effet, ce début est insidieux ; c'est seulement lorsque la tumeur a atteint un certain volume, que le malade ou les personnes de son entourage s'en aperçoivent. Ainsi, dans la première observation d'Estlin, ni la mère ni l'enfant ne purent donner de renseignements sur l'apparition de la tumeur. Chez son second malade, c'est seulement quelques jours avant l'opération, que la tumeur fut découverte. Le sujet de Haering ne s'en était aperçu que quelques semaines auparavant. Chez un des malades de Sichel, on remarqua qu'il était porteur d'une tumeur oculaire quinze jours seulement avant l'opération ; et la tumeur atteignant son développement complet. Dans trois des observations que nous relatons, les symptômes de début apparurent brusquement et longtemps avant

le développement complet de la tumeur. Dans le cas de Meyer, on observa une chute de la paupière supérieure, une suppression des mouvements de droite à gauche, il n'existait pas d'exophtalmie. Chez le malade du Dr Rhomer, on remarquait quelque chose d'à peu près semblable; tout d'abord un ptosis léger, qui s'accrut dans la suite, et une projection du globe en bas et à droite qui gênait beaucoup les différents mouvements de l'œil.

Comme nous l'avons dit plus haut, dans la plupart des cas, la marche de la tumeur est lente et ne donne lieu qu'à des symptômes très peu marqués et même nuls, tant que la tumeur n'a pas acquis un volume assez considérable. Il est à remarquer que lorsque le kyste à cysticerque occupe son siège de prédilection, les troubles fonctionnels sont fort peu marqués; par siège de prédilection, nous entendons les angles tantôt internes, tantôt externes de l'œil. Dans les deux seuls cas où, d'après les observations, l'œil ait été gêné au début dans ses mouvements et où en même temps il s'était produit du ptosis, les tumeurs avaient un siège particulier à peu près analogue, l'une était située en bas, vers le cul-de-sac inférieur, l'autre en haut dans le cul-de-sac supérieur. La chute de la paupière supérieure peut être expliquée par ce fait que, dans le cas de M. Rohmer, la tumeur se trouvant située directement sous le releveur de la paupière supérieure, et ayant en somme un volume assez considérable, puisqu'elle gênait les mouve-

ments de l'œil et se prolongeait notablement dans la cavité orbitaire, comprimait la branche du nerf oculaire moteur commun qui innerve le muscle releveur. Dans le second cas, où la tumeur siégeait vers le cul-de-sac inférieur, la tumeur refoulait sans doute le globe vers en haut, et, par son intermédiaire, comprimait le même rameau nerveux du moteur oculaire commun. Quant à la gêne ou à l'abolition des mouvements oculaires, elle est toute naturelle, lorsque la tumeur atteint un certain volume et remplit une partie de l'espace qui existe normalement entre le globe de l'œil et la paroi orbitaire.

Dans les deux cas dont nous venons de parler, les symptômes de début attiraient déjà l'attention. Dans les deux autres cas, au contraire, les semaines les mois et peut-être même les années passaient sans qu'aucun symptôme donnât l'éveil. Mais alors, qu'une conjonctivite se déclare, qu'un traumatisme survienne, et le parasite, jusque là caché et méconnu, se développe et provoque des symptômes particuliers. A cette seconde période comme à la première, la douleur est généralement nulle, mais la tumeur apparaît, se développe, et, en un temps relativement court, prend un volume assez considérable.

C'est alors qu'on soumet le malade à l'examen du médecin. Ce que l'on observe tout d'abord à cette période, ce sont des symptômes analogues à ceux que nous avons décrits comme appartenant

aux cas de tumeurs situées dans les culs-de-sacs conjonctivaux : la gêne ou l'abolition des mouvements de l'œil et de certains mouvements en particulier. Dans l'observation de A. Sichel, seuls les mouvements d'adduction sont limités ; dans celle de Sgrosso, ce sont ceux d'abduction qui sont non-seulement gênés, mais douloureux par suite de phénomènes particuliers que nous étudierons plus loin.

Quant à l'aspect de la tumeur elle-même, Sichel en a tracé une description que l'on trouve dans tous les auteurs : « On pourra se prononcer sans hésitation sur la présence d'un cysticerque sous la conjonctive, toutes les fois que l'on trouvera vers l'un des angles, plus ou moins rapproché du diamètre transversal de l'hémisphère antérieur de l'œil, une tumeur recouverte par la conjonctive, arrondie, rose pâle, presque diaphane au centre, où l'on reconnaîtra dans la majorité des cas un disque blanchâtre ou jaunâtre circonscrit ; que cette tumeur sera d'un rouge plus foncé ou plus vascularisé à sa circonférence, élastique, mais peu dur, se déplaçant latéralement dans une certaine étendue, mais adhérente par le centre de sa face postérieure à la sclérotique. »

Cet auteur considère donc le point jaunâtre du centre de la tumeur comme pathognomonique du cysticerque conjonctival. Cette tache jaune paraît être due à la transparence de la conjonctive, qui permet d'apercevoir le point d'invagination du

scolex. Mais, pour que ce point soit visible à travers la conjonctive, il est nécessaire qu'il soit situé directement derrière elle, c'est-à-dire dirigé en avant. Cette situation n'est pas constante, puisqu'il arrive que le point jaunâtre manque quelquefois. L'absence de la tache jaunâtre peut aussi tenir à ce que la coque qui entoure le parasite est très épaisse, et empêche la pénétration des rayons lumineux ; dans ces cas la tumeur est opaque et rouge. Lorsque l'enveloppe fibreuse est très épaisse et que cette épaisseur est inégale dans les divers points qui la constituent, la tumeur généralement lisse peut prendre un aspect bosselé.

Ordinairement dure et rénitente, la tumeur peut être fluctuante, ainsi que A. Sichel l'a observé. La rénitence habituelle de la tumeur paraît être due à la présence de la coque fibreuse, ou bien à la distension de la vésicule par le liquide.

L'injection qui se produit autour de la tumeur est un phénomène constant ; elle est sans doute causée par l'irritation et la gêne de la circulation veineuse dans la partie de la conjonctive comprimée ; elle était très accusée chez le malade du docteur Rohmer : six à huit grosses veines tortueuses sillonnaient la conjonctive et allaient se perdre vers la base de la tumeur.

Tels sont les caractères principaux qui peuvent guider le médecin et lui permettre de poser le diagnostic de cysticerque sous-conjonctival. Mais il est certainement des cas heureux où le cysticer-

que, après avoir évolué lentement, dégénère comme il le ferait dans toute autre région et se résorbe sans avoir donné lieu à aucun symptôme capable de déceler sa présence.

Si nous en croyons Sichel, la vision elle-même n'est nullement influencée par le cysticerque sous-conjonctival, à moins que, comme dans l'observation de Cunier, il empiète sur la cornée. Cependant, dans l'observation de M. Rohmer et dans celle de Meyer on observa une notable diminution de l'acuité visuelle. Dans le cas de M. Meyer, l'acuité visuelle était tombée à $1/3$, dans celui du docteur Rohmer à $1/5$. Ni dans l'un ni dans l'autre cas, l'ophtalmie ne décèle de lésion de la pupille, sauf une légère vascularisation dans le cas de Rhomer. L'analogie des symptômes, dans ces deux cas, que nous avons déjà eu plus haut l'occasion de réunir dans un même paragraphe, nous fait penser que la compression, qui déjà, à notre avis, était la cause du ptosis, donnait lieu à la production d'un glaucome par compression et irritation des nerfs ciliaires.

Complications. — Une complication, dont nous avons un exemple dans l'observation de Sgrosso, est la suppuration du kyste parasitaire. Tous les symptômes sont ceux d'une suppuration de la région oculaire. Le parasite jusque là resté imperçu, la plupart du temps en voie de dégénérescence, révèle tout-à-coup sa présence par une douleur aux tempes, au front et à l'œil ; la conjonc-

tive s'enflamme, les paupières se tuméfient et une tumeur apparaît. Si le chirurgien n'intervenait pas, le foyer se ferait jour sans doute à l'extérieur, après avoir fait subir au malade d'atroces souffrances, peut-être après avoir causé des accidents graves et compromis l'organe de la vision.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le cysticerque sous-conjunctival n'étant pas très fréquent, et ses symptômes n'ayant, dans beaucoup de cas, rien de caractéristique, les erreurs de diagnostic sont loin d'être rares. Tout au début, alors que comme symptômes on n'observe encore que du ptosis, de l'injection de la conjonctive, de la gêne dans les mouvements de l'œil, le diagnostic est, sinon impossible, du moins fort difficile. Meyer signale une légère élévation de température de l'œil affecté ; mais d'autres affections, et elles sont nombreuses, peuvent être accompagnées de ce symptôme, par exemple des corps étrangers de la conjonctive, du tissu cellulaire de l'orbite etc... Dans ces formes larvées, on ne peut songer à une ponction exploratrice, puisqu'aucune tumeur nettement localisée, ne se montre pendant un espace de temps parfois considérable. Le diagnostic restera donc forcément en suspens.

Il n'en est pas de même dans le cas où la tumeur existe. Lorsqu'on se trouve en présence d'une tumeur localisée dans un angle de l'œil, de coloration rougeâtre, présentant en son centre une tache jaune, entourée d'une zone d'injection conjonctivale, dure, rénitente, faisant corps avec le globe oculaire, il sera facile à un observateur expérimenté, de poser un diagnostic exact; mais le plus souvent, la plupart de ces symptômes font défaut et alors on peut le confondre avec les différentes tumeurs conjonctivales.

Lorsque la caroncule lacrymale est intacte, on élimine l'encanthé. Mais on peut être parfois embarrassé lorsque la tumeur parasitaire empiète sur la caroncule; cependant le plus souvent il suffira d'un peu d'attention pour assurer le diagnostic.

Le lipome est extrêmement rare; on n'en connaît que quelques cas authentiques; de plus, le lieu d'élection de cette tumeur est la partie externe de l'œil entre le droit externe et le droit inférieur. La tumeur à cysticerque s'accroît rapidement, tandis que le lipome est un temps fort long à acquérir ses proportions définitives.

Les kystes séreux ont pour caractéristique d'être placés transversalement dans les plis palpebro-oculaires, mais on en a découvert dans d'autres régions et en particulier sous la cornée (Soemmering). Le kyste parasitaire est plus dur, plus rénitent et plus adhérent que le kyste séreux,

chez lequel la fluctuation est ordinairement manifeste. Cependant, rappelons que dans le cas de A. Sichel, la tumeur était fluctuante; mais elle présentait d'autres signes tels que le point jaunâtre et l'injection conjonctivale entourant la tumeur, ce qui aida le chirurgien à poser son diagnostic.

Les tumeurs fibreuses sont excessivement rares, et se développent lentement comme le lipome. Souvent à leur superficie elles portent des poils.

On pourrait confondre le kyste à cysticerque avec les végétations sous-conjonctivales provenant de l'enkystement d'un corps étranger. Les commémoratifs suffisent ordinairement à établir le diagnostic.

Il est une affection avec laquelle on confond très souvent le kyste parasitaire : c'est le sarcome de la sclérotique. Cette erreur peut être très préjudiciable au malade, si le chirurgien se laisse aller à énucléer l'œil sans vérifier son diagnostic. La confusion s'établit facilement, le sarcome et le cysticerque sous-conjonctival ayant souvent des caractères analogues : adhérence à la sclérotique parfois considérable et souvent tellement accusée qu'on a la sensation d'une tumeur scléroticale, rénitence, absence de fluctuation, etc. Les symptômes caractéristiques, décrits par Sichel, manquent souvent, et il semble que le seul moyen de faire le diagnostic soit la ponction exploratrice.

Quand le kyste suppure, non-seulement il est difficile de diagnostiquer le cysticerque avant l'opération, mais il faut, celle-ci une fois terminée, recourir à l'examen microscopique, pour ne pas confondre cette tumeur avec un abcès vulgaire.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

La découverte de l'antisépsie n'a pas grandement influé sur le traitement du cysticerque sous-conjonctival. Déjà, en 1843, Sichel recommandait l'extirpation chirurgicale. Néanmoins, il préconisait pour la période de début, l'application, à la surface de la conjonctive, d'une pommade à base d'antihelmenthiques, le produit actif pénétrant à travers les parois encore minces du kyste devant tuer le cysticerque. Mais, il l'avoue lui-même, cette période de début est si peu fréquemment observée, que ce traitement médical ne peut être employé qu'exceptionnellement.

A côté de ce traitement, s'en place un autre qui tient à la fois de la médecine et de la chirurgie, nous voulons parler de la ponction et de l'injection, à l'intérieur de la cavité kystique, d'un liquide antiseptique destiné à tuer l'entozoaire et à déterminer sa régression. La ponction simple aurait

pour résultat d'éliminer le liquide contenu dans la vésicule du cysticerque, de produire l'affaissement de la tumeur, et par suite la disparition des troubles produits par sa présence ; mais au bout de peu de jours le liquide se reproduit, et la tumeur réapparaît ; l'opération est à recommencer. Les ponctions répétées pourraient déterminer la mort du parasite, mais elles ne sont pas complètement inoffensives et donnent lieu parfois, à la place d'une tumeur indolente et souvent peu gênante, à une collection purulente fort douloureuse, qu'il est facile d'éviter en pratiquant l'extirpation radicale.

Voici le manuel opératoire de Sichel, c'est celui employé par la plupart des auteurs : « Avec une pince anatomique fine et mousse, l'opérateur soulève et incise un pli de la conjonctive, là où de la sclérotique, elle se rend à la tumeur ; puis l'incision est dilatée dans la plus grande étendue possible, sans toucher à la tumeur elle-même. En saisissant l'extrême circonférence de celle-ci avec une pince, à l'aide d'un petit bistouri convexe et étroit, le chirurgien la détache dans la direction de l'incision de la conjonctive. Il cherche à pénétrer immédiatement entre la sclérotique et la surface postérieure du kyste, au centre de laquelle il implante aussitôt qu'elle est mise à nu, une petite érigne. C'est en tirant toujours sur cet instrument, mais sans exercer aucune pression, et en écartant de la sclérotique la paroi postérieure du kyste,

qu'il finit la dissection de la circonférence vers le centre de la surface postérieure. Cela terminé il peut confier l'érigne à un aide, et disséquer la conjonctive à la surface antérieure du kyste, au centre de laquelle on peut au besoin laisser adhérente une portion de cette membrane, qu'on réséquera à l'aide de ciseaux, car d'ordinaire pour peu que la tumeur soit volumineuse, on est forcé, après avoir terminé l'opération, de réséquer un lambeau de la conjonctive disséquée. Si l'on trouve la surface antérieure d'un aspect séreux, demi-transparente et laissant en apparence passer une partie de l'animal, on se gardera bien de douter de l'existence de l'enveloppe extérieure, et l'on attaquera sans hésiter la dissection par la circonférence et la face postérieure, en évitant de toucher à l'antérieure, et d'exercer la moindre pression. Les adhérences entre la sclérotique et le côté correspondant du kyste étant très intimes, il vaut beaucoup mieux se tenir beaucoup plus près de cette membrane que d'entamer la capsule de l'entozoaire ».

A. Sichel opéra selon les indications de J. Sichel, mais, dès le début de l'opération, le kyste se rompit par son centre, et la vésicule sortit à l'extérieur. D'après ces auteurs l'extirpation complète du kyste fibreux serait toujours indiquée. On devrait avoir soin de ne laisser aucune parcelle de cette enveloppe conjonctive, et de plutôt entamer la sclérotique que la paroi du kyste. C'est sans doute pour éviter de crever la vésicule que Sichel recom-

mande cette précaution, car il connaissait la nature de la capsule et savait fort probablement qu'il n'y avait aucune chance de récurrence en abandonnant la capsule dans la plaie, à condition que la vésicule soit sortie.

Les observations de Meyer et de Rohmer prouvent que l'abandon du kyste fibreux ne présente aucune gravité, puisque le premier se contenta d'une simple incision par laquelle apparut la vésicule du cysticerque, et malgré son bon vouloir, Rohmer, vu les adhérences de la paroi kystique avec la sclérotique, crut prudent d'en pas tenter l'extirpation totale. Dans les deux cas, les suites furent excellentes.

Dans les cas de suppuration, une incision sur la tumeur suffit à évacuer le pus; on râcle ensuite la cavité en respectant la face postérieure, pour ne pas traverser la sclérotique, puis on fait un lavage antiseptique et un pansement compressif destiné à rapprocher les parois du kyste. Le plus souvent la plaie évolue sans suppuration.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Une petite fille âgée de 6 ans fut amenée au « Bristol Eye Dispensary », ayant une tumeur vésiculeuse du volume d'un pois environ, sous la conjonctive scléroticale de l'œil droit, et située si près du canthus interne, qu'on ne l'apercevait presque pas, si ce n'est lorsque l'œil était tourné en dehors. Elle ne s'accompagnait d'aucune inflammation et ne déterminait point de gêne. Ni la mère ni l'enfant ne savaient depuis combien de temps elle existait. M. Estlin ouvrit la tumeur avec un couteau à cataracte, il s'en échappa un fluide séreux, ténu et la conjonctive s'affaissa. Outre le liquide clair qui était sorti, M. Estlin aperçut une substance blanche, aplatie, qu'il supposa être un flocon de lymphe coagulable, ou quelque matière caséuse contenue dans la tumeur, Elle avait néanmoins l'aspect d'une membrane solide. Lorsqu'on l'eut plongée dans l'eau, elle s'étala et l'on vit qu'elle prenait la forme d'un petit sac qui aurait été ouvert, et auquel était attaché un petit corps blanchâtre assez dur, d'une ligne et demie de long et d'une demi ligne de large.

Le sac pouvait être comparé, comme dimensions, à une groseille très petite. La partie la plus solide était renfermée à l'intérieur du sac.

En examinant cette substance avec une lentille, on reconnaissait évidemment que c'était le kyste d'une hydatide; la partie saillante était la tête d'un cysticercus cellulosæ. En l'examinant dans l'eau, on apercevait les quatre disques de ses suçoirs et à plus fort grossissement, on voyait la couronne de crochets. La tête et le cou étaient recouverts de petits corps ovales ressemblant à des gemmules; ils n'étaient pas très nombreux sur la tête, mais le cou en était criblé. Ils n'existaient pas seulement à la surface, mais aussi dans la substance du cou et de la tête. Leur volume était environ de $1/5000$ de ponce; on en n'apercevait pas un seul dans la portion cystique de l'entozoaire.

(Estlin. Medical Times and Gazette. Novembre, 6 — 1852, f. 465).

OBSERVATION II

Le 20 mars 1866, Jacob Barabas âgé de 3 ans, fils d'un journalier de Breslau, est apporté à la clinique du docteur Jany. En réclinant la paupière inférieure de l'œil droit, on aperçoit dans le cul-de-sac conjonctival une tumeur de la grosseur d'un haricot. Cette tumeur est mobile et la conjonctive n'est pas injectée.

Après application du blépharostate, la conjonctive fut soulevée à l'aide d'une pince fine, au niveau de la tumeur; une boutonnière fut pratiquée et la coque énucléée. Dans l'intérieur de la coque était une vésicule blanchâtre sur laquelle on apercevait nettement une tache laiteuse, grosse comme une tête d'épingle, et qui était la tête du cysticercus. La vésicule caudale était aplatie et mesurait 4 lignes

de diamètre. Sous le microscope on voyait manifestement 4 ventouses et la couronne de 18 crochets. Sur le cou étaient de petits nodules brillants.

OBSERVATION III

Le 1^{er} février 1882, Gustave Schultz fils d'un charpentier de Breslau, âgé de 4 ans 1/2, est amené à la clinique du docteur Jany. L'œil droit est enflammé depuis huit jours environ. Cette inflammation aurait diminué notablement dans les derniers jours. En abaissant la paupière inférieure, dans le cul-de-sac sous-conjonctival, on voit une tumeur jaunâtre de la grosseur d'un haricot, qui produit l'impression d'un abcès, c'est le diagnostic qui fut posé au début.

A l'incision de la tumeur on aperçoit une vésicule mince, qui s'échappe au milieu d'une assez grande quantité d'un liquide aqueux. Immédiatement on pose le diagnostic de cysticerque.

L'examen microscopique qui fut pratiqué quelques instants après, montra les quatre ventouses et la couronne de crochets d'un entozoaire mesurant un centimètre de diamètre horizontal et 1/2 centimètre de diamètre vertical.

OBSERVATION IV

Le 2 février 1883 Hermine P...., âgée de 3 ans, fille d'un palefrenier, fut amenée à la consultation avec une vésicule de l'œil droit. Au mois de septembre de l'année précédente, était apparue vers l'angle interne de l'œil une tache rouge, que l'on avait considérée comme consécutive

à un traumatisme. La rougeur persista plusieurs semaines, et comme l'enfant ne se plaignait pas, on n'y attachait pas d'importance. Peu avant Noël, la mère observa à la place de la rougeur un petit bouton, ou plutôt, comme elle rectifia elle-même, une petite vésicule qui grandissait assez rapidement. Effrayée par l'accroissement de la tumeur, la mère amena l'enfant à la clinique, demandant l'ablation de la vésicule.

L'enfant bien portante d'habitude, n'a jamais porté de ténia, et ne souffre actuellement en aucune façon. Néanmoins elle a souvent été nourrie de viande crue, hachée.

A l'aspect extérieur, on voyait la paupière supérieure un peu soulevée et on sentait sous elle une tuméfaction sphérique. Si on laissait l'enfant regarder en bas et en dehors, en même temps qu'on relevait la paupière supérieure, on apercevait une tumeur à grand diamètre vertical, de la grosseur d'une petite noisette, et cette tumeur était située au-dessus du méridien horizontal, entre la cornée et la caroncule lacrymale, tout près du pli semi-lunaire. Cette tumeur était séparée de la cornée par un espace de 2 millimètres environ, elle était par conséquent sous la conjonctive, mobilisable vers le bas, non douloureuse à la pression, et d'une consistance élastique. Au sommet de la tumeur, on observait un espace d'un blanc opaque du volume d'une lentille, et au côté interne de laquelle la conjonctive présentait une rougeur circonscrite. La tumeur elle-même était légèrement injectée comparativement au reste de la conjonctive. Le pli semi-lunaire et la caroncule lacrymale étaient tuméfiés. À part ces quelques particularités, le bulbe et la cornée étaient intacts, la chambre antérieure d'une profondeur normale, la pupille réagissait bien, l'iris ne présentait aucune modification. La tumeur était indolore.

D'après ces symptômes, le diagnostic de cysticerque

pouvait être posé comme indubitable, l'extirpation fut résolue pour le lendemain.

Après anesthésie et application du blepharostate, une boutonnière horizontale fut pratiquée au-dessus de la tumeur. Le tissu conjonctif se rétracta et l'on put prendre le sac avec une pince et l'énucléer. Un tissu conjonctif lâche, qui le retenait à la sclérotique, fut incisé pour achever l'énucléation et la plaie fut suturée.

On fit un pansement occlusif ; on obtint ainsi une réunion par première intention. Le troisième jour après l'opération, la malade était délivrée de son pansement, et quelques jours après elle retournait chez elle guérie.

Le kyste fut immédiatement incisé sous l'eau chaude, afin que l'on puisse observer les mouvements du cysticerque. Malheureusement le contenu du kyste fut perdu on ne réussit pas non plus à observer le parasite vivant. Sans doute, la vésicule caudale du cysticerque avait été ouverte, le liquide s'était écoulé et la mort de l'entozoaire s'en était suivie. La vésicule caudale mesurait 7 millim. de long et 4 millim. de large ; sous le microscope, on voyait nettement la tête du cysticerque celluleux avec ses 4 suçoirs et une couronne de 29 crochets.

(L'anatomie pathologique et l'examen microscopique de la capsule ont été donnés plus haut dans le chapitre « Anatomie pathologique ».

OBSERVATION V

Émélie G... âgée de 14 ans, vint consulter le 1^{er} juillet 1873, pour une tumeur ayant débuté cinq semaines auparavant, par une petite rougeur située dans le grand angle de l'œil droit, sur le bord externe de la caroncule, et qui, au

bout de 4 jours avait atteint la grosseur d'un pois, sans avoir provoqué la moindre douleur.

Plus tard, elle avait amené la gêne dans les mouvements d'adduction de l'œil et du larmoiement. C'est alors que la malade résolut de consulter M. A. Sichel, qui à la première visite, constata la présence d'une tumeur siégeant dans l'angle interne de l'œil droit, sur le globe oculaire, et n'offrant aucune adhérence avec les paupières. Elle est unie, et soulève la paupière supérieure, sous laquelle elle est en grande partie cachée ; la pupille est déviée en bas et en dehors. La tumeur s'étend depuis la caroncule lacrymale qui est normale, jusqu'à trois millim. de la cornée et du cul-de-sac conjonctival supérieur et inférieur, elle mesure 9 millim. dans son diamètre horizontal et 13 millim. dans son diamètre vertical. On peut comparer sa saillie à celle que ferait un petit haricot, placé sous la conjonctive. Elle est de forme globuleuse, ovale, à grand diamètre vertical. La coloration est essentiellement différente, suivant que l'on étudie le centre, ou la périphérie. Dans sa partie moyenne existe un point jaunâtre arrondi, légèrement brillant, dont la nuance se fond sur les bords et fait place à une coloration qui s'accroît de plus en plus, à mesure que l'on approche des limites de la tumeur.

Celles-ci sont en effet marquées par une teinte rouge vif, résultant d'un réseau vasculaire conjonctival très développé. Cette hyperémie s'étend jusqu'au bord interne de la cornée, qu'elle dépasse au-dessus et au-dessous. Le repli semi-lunaire est complètement effacé, et refoulé en dedans dans sa partie moyenne; mais il existe en haut et en bas et recouvre un peu la tumeur en ces points.

La palpation indique que l'on a affaire à une tumeur fluctuante, mais rénitente, d'une consistance rappelant celle des lipomes, adhérente au globe oculaire, dont elle suit tous les mouvements spontanés ou provoqués. La

pression ne révèle pas de douleurs exagérées. Les bords de la tumeur peuvent être légèrement déplacés latéralement, mais le milieu est très adhérent par sa face postérieure. On trouve que la conjonctive jouit d'une certaine mobilité sur la tumeur, surtout dans la partie qui avoisine la cornée.

L'œil a conservé tous ses mouvements, mais l'adduction est un peu limitée, la tumeur faisant l'office de coin entre la paroi interne de l'orbite et le globe oculaire. Les symptômes physiques sont ceux d'une tumeur sous-conjonctivale, fluctuante, rénittente, développée entre la caroncule et la cornée, sur le diamètre horizontal de l'œil.

M. Sichel diagnostiqua : cysticerque sous-conjonctival, mais il crut devoir faire une réserve à cause de l'absence de douleurs, particularité qui ne se rencontre pas d'ordinaire dans les cas de cysticerque (!).

Le diagnostic inscrit sur le livre de clinique n° 5428 fut en définitive : kyste sous-conjonctival du grand angle de l'œil droit, contenant vraisemblablement un cysticerque ladrique.

Opération. — L'opération fut proposée à la malade et pratiquée séance tenante. M. Sichel saisit la conjonctive avec une pince fine à dents, au niveau du point où elle quitte le bord externe de la tumeur pour se réfléchir sur le bord oculaire, et la sectionna paraboliquement, en suivant la moitié externe de la tumeur comme direction.

En soulevant la conjonctive on voit un tissu jaunâtre assez dense, qui fait partie de la tumeur. Celle-ci paraît d'abord n'être constituée que par du tissu fibreux adhérent à la sclérotique par de nombreux tractus fibreux. Mais pendant qu'on divise ces adhérences et au moment où l'on opère quelques tractions sur la tumeur, celle-ci s'ouvre par sa partie centrale et laisse apparaître une petite vésicule grisâtre, transparente, qui fait hernie au milieu du tissu fibrograisseux de la masse, et dont l'aspect

rappelle celui de la vésicule du cysticerque. A la face profonde de la tumeur, le bistouri rencontre un tissu fibreux, très dense, que l'on est obligé de sectionner avec des ciseaux. La tumeur est ensuite aisément détachée de ses insertions vers le grand angle de l'œil. Au fond de la plaie, le muscle droit interne a été mis à nu, et son tendon était adhérent au tissu fibreux dont il a été parlé. Néanmoins, le muscle lui-même n'a pas été intéressé pendant l'opération, ce que l'on vérifie tout de suite par l'examen fonctionnel.

La vésicule transparente se présente comme une petite masse globuleuse, de la grosseur d'un pois, gélatineuse, offrant en un endroit un petit point blanc de 1 millimètre de diamètre. C'est, à n'en pas douter, un cysticerque dont la tête et le cou sont invaginés dans la vésicule. Celle-ci, déchirée avec deux aiguilles fines, laisse couler un liquide hyalin, ce qui permet d'isoler la tête et le cou contourné sur lui-même, et de les porter sur le champ du microscope. On peut alors voir la tête en fer de lance, les ventouses, les deux rangées de crochets, l'aspect granuleux de la tête et du cou. Enfin, tous les caractères histologiques du cysticerque. L'enveloppe est épaisse de 1 millimètre au moins, composée de tissus fibreux et graisseux, qui devient d'autant plus dense que l'on se rapproche de la face profonde de la tumeur. Tous les autres caractères se rapportent à ceux qui ont été donnés par J. Sichel.

Il ne fut pas nécessaire de saturer la conjonctive ; 24 heures après, l'état local était excellent, et l'action du droit interne intacte et plus complète qu'avant l'opération. Au niveau de l'insertion de la tumeur, la sclérotique et la tumeur épiscérale déchirée, était le siège d'une sécrétion moitié séreuse, moitié puriforme, peu abondante d'ailleurs. 48 heures après l'opération, la malade quitta la clinique, guérie.

(Recueillie à la clinique du docteur Sichel par Brière.)

OBSERVATION VI

Madame B..., Atti, âgée de 40 ans, mariée depuis 6 ans et sans enfant.

Il y a 4 mois, forte douleur à la tempe, au front et à l'œil gauche, suivie de diplopie, puis rougeur de la conjonctive, et le lendemain sécrétion muqueuse avec forte tuméfaction des paupières ; elle ne se rappelle pas s'il y eut exophtalmie, mais elle sait seulement que, pour fixer les objets à gauche, elle devait tourner la tête, parce que les mouvements de l'œil gauche dans cette direction étaient douloureux. Au bout d'une quinzaine de jours, la rougeur de la conjonctive et l'enflure des paupières disparurent. La gêne douloureuse pour regarder à gauche dura plus longtemps, avec une sensation d'arrachement de l'œil. Il y a un mois à présent que ces mêmes faits se sont répétés, mais au bout de 8 à 10 jours, ils ont disparu spontanément.

Le 8 juin dernier, la forte douleur à la tempe et au côté gauche du front se firent sentir de nouveau, le globe de l'œil devint rouge, et le lendemain matin la tuméfaction des paupières avait amené un tel gonflement, qu'on ne pouvait guère les écarter un peu, qu'avec les doigts. Au bout de 24 heures ces symptômes diminuèrent d'intensité, mais tout-à-coup il se manifesta des douleurs articulaires, notamment à l'articulation huméro-scapulaire droite. Le professeur de Vincentiis constata : œdème inflammatoire des paupières gauches, plus intense dans la section orbitaire de la paupière supérieure ; injection de la conjonctive bulbaire ; chémosis séreux uniforme tout autour de la cornée ; exophtalmie sagittale de 5 millimètres environ ; sensation légèrement douloureuse de l'œil au tou-

cher, les mouvements bulbaires difficiles, bornés et douloureux, surtout vers la tempe ; les milieux dioptriques transparents ; les membranes oculaires normales. $V = I$.

Le professeur Vincentiis se crut en présence d'une ténionite séreuse.

11 juin 1896. — Diminution de l'enflure des paupières et du chémosis, mouvements bulbaires plus étendus en haut et en bas, mais difficiles et douloureux en dehors ; l'exophthalmie légèrement diminuée.

12 juin. — Nouvelle diminution de l'œdème inflammatoire. Disparition du chémosis. Rougeur de la conjonctive bulbaire avec un foyer de plus grande intensité au secteur externe de l'œil. Mouvements bulbaires en dehors, encore difficiles et douloureux. Exophthalmie de 2 millimètres environ.

13 juin. — Sur le secteur extérieur du golfe, vers l'équateur, on aperçoit une petite éminence rougeâtre, qui même en tenant les paupières fermées, provoque un léger déplacement en dehors du ligament palpébral externe. A travers la peau de cette région, surtout quand les yeux sont dirigés à droite, on sent que cette tuméfaction a la forme d'un cordon porté en dehors dans la direction du méridien horizontal ; tandis qu'elle disparaît dans la position opposée de l'œil. L'aspect du fond oculaire, même dans les parties les plus proches du foyer est normal $V = I$. Fomentations chaudes.

14 juin. — Légère augmentation de la tuméfaction épibulbaire sans autres modifications. Légère sécrétion muqueuse de la conjonctive.

16 juin. — Sécrétions diminuées par astringents, tuméfaction augmentée en hauteur et étendue.

Le diagnostic fut celui d'un abcès circonscrit de la cavité ténionienne, fort probablement provoqué par un cysticerque, les selles furent deux fois soumises à un examen minutieux, sans qu'on pût y découvrir de proglottides ni

d'œuf de ténia. Une incision horizontale de la tuméfaction épibulbaire fut pratiquée, il s'en échappa un pus tirant sur le jaune et une membrane blanchâtre homogène. Ce produit fut recueilli sur un verre de montre. La cavité de l'abcès une fois lavée (avec sublimé 1/5.000) fut explorée avec une petite sonde en baleine. Cette cavité, large de 10 millimètres, était constituée, au fond, de la sclérotique intacte, latéralement et sur le devant, d'un fort tissu de granulation qui s'était formé en même temps et pardessus la conjonctive, de sorte que, quoique vidée du pus qu'elle contenait, elle était toujours résistante à cause de la rigidité de ses parois, on racle la surface antérieure, et à la suite d'un second lavage, il fut appliqué un bandage compressif.

Le lendemain la blessure avait adhéré, et la tuméfaction avait suffisamment diminué. Elle se réduisit petit à petit jusqu'au point de disparaître, le septième ou le huitième jour après l'incision, tandis que les mouvements oculaires reprirent leur extension normale même à l'extérieur.

Le contenu de l'abcès fut examiné au microscope. On découvrit dans le pus trois crochets mandibulaires et dans le fragment de membrane le reste de la vésicule caudale toute seule avec quelques anneaux du cou, chargés d'incrustation calcaire qu'on rencontre aussi dans les autres préparations faites avec le pus. Quant à la tête de l'animal, il est probable qu'elle se soit dissoute, car il a été impossible de la trouver dans aucune des préparations obtenues avec la totalité des matières contenues.

(Sgrosso. Recueil d'Ophtalmologie, 1893. T. XII, p. 337.)

OBSERVATION VII

Jeune malade depuis un mois, diplopie, tête en arrière, pour voir de loin. Œil gauche devenu fixe en même temps

que la paupière supérieure de cet œil s'abaissait, pas de trouble de la santé générale, picotement dans l'œil et douleur au front. A l'examen, un peu d'abaissement de la paupière supérieure gauche, immobilité presque complète du globe. Il ne pouvait être dirigé ni en haut ni en bas, très peu du côté nasal et un peu plus du côté temporal ; pupille non dilatée et réagit bien. Pas d'exophtalmie appréciable à l'inspection. Pas de rougeur conjonctivale. Pas de signe d'irritation ou d'inflammation. Tableau clinique d'une ophthalmoplégie externe ; l'origine nucléaire n'était point admissible, car elle atteint généralement les deux yeux ; aucun signe d'affection cérébrale. Une cause basilaire ou orbitaire n'aurait certainement pas laissé indemnes le sphincter de l'iris et le muscle de l'accommodation. La palpitation du bord orbitaire ne révélait pas de sensibilité pouvant faire croire à l'existence d'une périostite. A l'inspection point d'exophtalmie, globe oculaire légèrement poussé en avant. J'ai appliqué aux yeux de mon petit malade le thermomètre de Gradenigo, pour l'orbite gauche 6/10 de degré de plus que pour le droit. Existence d'un processus phlegmoneux derrière l'œil malade. Applications chaudes prolongées pendant plusieurs heures. Après 48 heures de ce traitement, injection notable de la muqueuse oculaire au-dessus de la cornée, et au milieu de cette rougeur une partie proéminente, grande comme un petit pois, de couleur jaunâtre. Incision le 6 février, espérant tomber sur un abcès, mais point de pus, malgré l'élargissement de l'incision. Applications chaudes continuées encore pendant une journée et au prochain examen, dans l'incision, apparition d'une vésicule blanchâtre, longue de plus d'un centimètre, transparente ; à une de ses extrémités, petits corps blanchâtres de forme ovoïde. C'était un cysticerque (examen du professeur Raphaël Blanchard), un *cysticercus cellulosæ* provenant du *tænia solium*. Applications chaudes continuées pendant une

semaine encore, tous les jours sonde exploratrice introduite. Point de pus ou de sérosité, la plaie se ferme. La mobilité oculaire rétablie du côté nasal et temporal en peu de jours. Dans la direction en bas, le 7 mars, œil encore complètement immobile, et comme épiphénomène du défaut d'action des muscles releveurs de l'œil, il y a toujours un peu de ptosis. L'œil reprend sa position normale. Même température à droite qu'à gauche. La vision, qui, avant l'expulsion du cysticerque, était tombée à $1/3$ de la normale sans que l'ophtalmoscope ait montré une altération de la papille, est remontée à $6/6$.

(Meyer. Annales d'oculistique, 1893, tome 109, p. 275. Société d'ophtalmologie de Paris, Séance du 7 mars.)

OBSERVATION VIII

(Du service de M. Rohmer.)

La malade est âgée de 9 ans. Elle a toujours joui d'une excellente santé, sauf une rougeole et quelques légères bronchites.

Vers le début du mois d'août 1894, elle présenta une légère parésie de la paupière supérieure droite.

La situation resta la même jusque vers le milieu de février 1895, époque à laquelle il se produisit une vive injection de la conjonctive, consécutive à un coup de coude reçu sur l'œil.

La tumeur aurait débuté au commencement du mois de mars 1895 ; elle aurait alors augmenté assez rapidement, surtout pendant les 8 derniers jours qui précédèrent l'examen médical. La douleur a toujours été nulle.

Etat actuel. — Au mois de juin, on remarque tout d'abord un ptosis assez notable, avec légère projection de

l'œil en bas et en dehors. En soulevant la paupière inférieure on est frappé par une énorme vascularisation développée sur la moitié supérieure du globe oculaire. Plusieurs grosses veines (six à huit) tortueuses partent du rebord de la cornée, vont se perdre dans le cul-de-sac sous-conjonctival supérieur, et aboutir à une saillie grosse comme une petite noisette, logée dans ce cul-de-sac. Lorsque l'enfant porte le regard en bas, cette saillie devient plus apparente, elle est d'une teinte rouge lie de vin, peu délimitée d'avec la surface oculaire environnante, et fait absolument corps avec le globe de l'œil. Par le palper on sent qu'elle se prolonge quelque peu vers la cavité orbitaire. La pression ne provoque aucune douleur, elle est dure, sans la moindre fluctuation. Cette tumeur, au dire des parents, s'est surtout développée depuis un mois environ. La pupille est moyennement dilatée, réagit peu sous l'influence de la lumière; l'acuité visuelle est de $1/5$. A l'ophtalmoscope on ne voit au fond de l'œil qu'une très légère vascularisation de la pupille sans troubles des milieux.

Etant donné l'aspect de cette tumeur et sa marche rapide, on pense, en excluant toutes les productions qui peuvent prendre naissance à la surface du globe, à son néoplasme de mauvaise nature, et en circonscrivant le diagnostic, on pose celui de sarcome de la sclérotique. Une intervention est décidée et acceptée immédiatement par les parents. Il est convenu qu'elle sera, si possible, conservatrice, et qu'on se bornera simplement à l'excision de la tumeur, si sa nature et ses connexions avec le globe le permettent, sinon que celui-ci sera sacrifié, et qu'on fera séance tenante l'énucléation de l'organe.

Opération. — Après chloroformisation, la paupière supérieure étant relevée et le globe de l'œil attiré en bas, on fait une large incision verticale sur la conjonctive, un peu en dedans du diamètre vertical de l'œil, pour éviter les insertions du droit supérieur. La conjonctive bien

écartée par des crochets, on arrive sur la tumeur qui présente, chose bizarre, des résistances assez sérieuses au bistouri. Un couteau de Grœfe est enfoncé dans la tumeur, afin de se rendre compte de sa consistance. L'instrument ayant pénétré d'un centimètre environ, on s'aperçoit qu'on tombe dans une petite cavité, délimitée elle-même par des parois mesurant presque un centimètre d'épaisseur. Avec des ciseaux courbes, on excise une partie de la tumeur constituée par du tissu fibreux assez résistant, relativement peu vasculaire. Quelques morceaux ont déjà été excisés, et on touche presque à la sclérotique, lorsque tout-à coup, au moment où l'un des aides veut éponger, on aperçoit une petite vésicule, grosse comme un pois, qui se présente dans le champ opératoire. L'éveil est donné, et le diagnostic presque posé immédiatement : il s'agissait d'un cysticerque. On recherche cette fois la cavité, qui est découverte facilement, et sans s'acharner davantage à l'excision de [la] tumeur, on se contente de gratter et de détruire le mieux possible, la cavité qui renfermait la vésicule. Un bon tiers de ce qui constituait la tumeur apparente est donc laissé en place. Après lavage minutieux au sublimé, on remet en place la conjonctive, que l'on suture au catgut, et un pansement est appliqué sur l'œil. Les suites de l'opération ont été des plus simples. Dès le 2^e jour, après l'opération, la paupière supérieure se relève notablement, la déviation oculaire est de beaucoup diminuée, et au bout de six jours il quitte l'hôpital. L'acuité visuelle ne s'était pas relevée. Plusieurs mois après, le ptosis de la paupière, qui avait persisté, disparut.

L'examen microscopique démontre qu'il s'agissait d'un *cysticercus cellulosæ*, la préparation faite par M. Thiry montrait nettement les quatre suçoirs et la couronne qui se composait de 26 crochets grands et petits.

CONCLUSIONS

1° Outre les deux modes d'infestation admis, jusqu'ici, on pourrait penser à une contamination directe, par pénétration de l'embryon hexacanthé à travers les tissus de la conjonctive.

2° Les tumeurs sous-conjonctivales à cysticerques occupant les angles de l'œil, ne donnent naissance qu'à fort peu de troubles fonctionnels ; tandis que, lorsqu'elles se trouvent situées dans les culs-de-sac conjonctivaux, elles donnent lieu à du ptosis et à de la gêne dans les mouvements de l'œil. Le ptosis semble dû à la compression par le kyste du rameau nerveux qui actionne le releveur de la paupière.

Lorsque les cysticerques sous-conjonctivaux occupent les culs-de-sac, on observe aussi une diminution de l'acuité visuelle, due sans doute à un état glaucomateux de l'œil.

3° Le diagnostic différentiel entre le sarcome de la sclérotique et le cysticerque sous-conjonctival est souvent impossible ; la ponction exploratrice, ou même l'acte opératoire assurent souvent seuls le diagnostic.

4° Le traitement de choix est l'extirpation de la tumeur.

5° Lorsqu'entre la tumeur et la sclérotique existent des adhérences trop considérables, il est prudent de laisser en place une partie de la capsule, diminuée d'épaisseur, si possible, par un grattage préalable.

Vu :

Nancy, le 8 Juillet 1896.

Le Président de la thèse,

HEYDENREICH.

Vu

et permis d'imprimer :

Nancy, le 8 Juillet 1896.

Le Recteur,

A. GASQUET.

BIBLIOGRAPHIE

- BAUM. — Observation d'un cysticerque sous-conjonctival. (Ammon's Monatschrift).
- CUNIER. — Annales d'oculistique, t. VI, p. 271, 1841.
- DE GRÆFFE. — Archiv. für ophtalmologie, t. III, A 2, p. 208, 1866.
- SICHEL (J.). — Mémoire pratique sur le cysticerque sous-conjonctival. (Journal de Chirurgie de Malgaigne, 1843-1844).
- SICHEL (J.). — Iconographie ophtalmologique, 1852.
- ESTLIN. — Observation d'un cysticerque sous-conjonctival. (Medical Times and Gazette, Nov. 6, p. 465, 1852).
- SICHEL (A.). — Un nouveau cas de cysticerque sous-conjonctival. (Gazette des Hôpitaux, 19 et 20 Novembre 1873).
- LAINATI. — Cisticerco sotto-congiuntivale. (Annali universali di medicina. CCXXIX, p. 182, 1874).
- MANFREDI. — Un cas de cysticerque sous-conjonctival. Atti della r. Acad. di med. di Torino. VI, p. 1, 1884).
- MACKROKI. — Klinische monastbletter für Augenheilkunde herausgegeben von Dr W. Zehender, 1887.
- BLANCHARD. — Traité de zoologie médicale, 1889.

HIRSCHBERG. — Centralblatt für praktische augenheilkunde, 1892.

SGROSSO. — Recueil d'ophtalmologie, t. XII, p. 337, 1893.

MEYER. — Annales d'oculistique, t. 107, p. 275, 1893.

PANAS. — Traité des maladies des yeux, 1894.

MANDOUR. — Thèse de Paris, 1895.

MONIEZ. — Traité de parasitologie appliquée à la médecine, 1895.

FROMAGET. — Archives d'ophtalmologie. Janvier 1896.

DECHAMBRE. — Dictionnaire des Sciences médicales.

DE WECKER. — Traité d'ophtalmologie.
